

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



Avaliação da dor no doente com neoplasia neurológica em Cuidados Paliativos

Catarina Inês de Sousa Gomes

Orientador: Prof. Doutor Manuel Luís Vila Capelas

Prof. Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados
Paliativos

2018

Universidade de Lisboa

Faculdade de Medicina



Avaliação da dor no doente com neoplasia neurológica em Cuidados Paliativos

Catarina Inês de Sousa Gomes

Orientador: Prof. Doutor Manuel Luís Vila Capelas

Prof. Paulo Reis Pina

Dissertação especialmente elaborada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos

2018

A impressão desta dissertação foi aprovada pelo Conselho Científico da Faculdade de Medicina de Lisboa, em reunião de 23 de janeiro de 2018.

“Vão-se os que já existiam antes de nós, partem amigos de surpresa e terminamos relações que acreditamos serem eternas. Dentro do que somos passa a existir um espaço feito de boas memórias e estilhaços, lágrimas e sorrisos tornam-se irmãos perfeitos. Fora de nós não é mais fácil – muitos lugares continuam habitados por quem perdemos (...).” Luis Osório 2016

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho não teria sido possível sem a ajuda e carinho de algumas pessoas às quais gostaria de agradecer. Em primeiro lugar, à minha avó Maria Donatília, que desde tenra idade me fez perceber a importância do amor e do carinho quando se cuida de alguém. Foi graças a ela que quis ser enfermeira de doentes oncológicos.

Aos meus pais, irmã e ao meu cunhado por estarem sempre comigo e me apoiarem em todos os momentos. Ao Pedro, meu marido e companheiro de todas as longas horas de escrita, por todo o apoio e confiança que sempre teve em mim. Sem ele, não teria conseguido. Aos meus sogros por toda a ajuda que me têm dado. À minha filha, Maria, que me veio dar mais força para concluir este caminho.

Aos meus amigos, que sempre me incentivaram e me ajudaram. Aos meus colegas de trabalho, que foram parte fundamental do meu percurso, que se aplicaram e me ajudaram na colheita de dados.

Ao meu querido amigo e professor Manuel Luís Capelas, que me ajudou em todo o processo e me fez sempre ter coragem e força para não desistir.

Aos familiares dos doentes que me permitiram colher os dados, a todos eles agradeço do fundo do coração. Obrigada.

RESUMO

Enquadramento: A avaliação da dor em doentes com tumores neurológicos em cuidados paliativos é fundamental para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar. Quando a auto-avaliação não é possível, é necessário que os instrumentos de avaliação da dor correspondam o mais possível às necessidades dos doentes, diminuindo a probabilidade de existir subjetividade.

Objetivos: Avaliar a concordância entre a avaliação da dor com a “Abbey Pain Scale” (versão portuguesa) no doente com neoplasia neurológica em fase de tratamento paliativo com alteração do estado cognitivo e a avaliação pela escala do observador num serviço de oncologia médica.

Métodos: Estudo quantitativo, que consistiu na aplicação de 2 escalas de avaliação da dor, no mesmo momento, ao mesmo doente, com o diagnóstico de tumor neurológico em cuidados paliativos. Os dados foram colhidos, em cada observação, por dois enfermeiros diferentes que não comunicavam entre si o resultado desta avaliação. Os resultados dos dados obtidos foram analisados através do programa informático SPSS, versão 20.

Resultados: Foram aplicadas as 2 escalas a 8 doentes, com mediana de idades de 32,5 anos, tendo sido feitas 47 avaliações. Foi possível perceber que não existia concordância na avaliação da dor entre as duas escalas. Através da Abbey Pain Scale era identificada maior prevalência de dor. Através da escala do Observador, 91,5% das avaliações não tinham dor. Através da Abbey Pain Scale, 61,8% das avaliações não detetaram dor. Foi também possível perceber a correlação entre alguns itens da APS e o valor total de dor: entre o item Q6 (alterações físicas) e o total.

Conclusão: A avaliação da dor nos doentes com tumores neurológicos com alterações do estado de consciência em cuidados paliativos é um desafio para a equipa que presta cuidados. Neste sentido, é importante perceber quais os melhores instrumentos para detetar e, posteriormente, tratar a dor. A utilização da Abbey Pain Scale parece ser mais sensível para a identificação de dor nesta tipologia de doentes.

Palavras chave: Dor, Cuidados Paliativos; Tumores neurológicos; Avaliação da dor.

ABSTRACT

Framework: Pain evaluation in palliative cares patients suffering from neurological tumors is fundamental to improve the patient's quality of live and well being. When self-evaluation is not possible, it is necessary that pain evaluation methods match as much as possible the patient's needs, decreasing the probability of subjectivity.

Objectives: To evaluate if there is a match between the pain evaluation with Abbey Pain Scale (Portuguese version) in palliative cares patients with neurological tumors and changes in his cognitive state and the evaluation with the Observer's scale in a oncologic medicine service.

Methods: Quantitative study that consists in the use of 2 scales for evaluating pain in the same patient, at the same time, with a diagnosis of neurological tumor in palliative cares. The data was collected, in each observation, by two different nurses that did not communicate the results of their evaluation between each other. The results were analyzed through the informatics program SPSS, version 20.

Results: Two scales were applied in eight patients, with a median of ages of 32,5 years, and there were 47 evaluations made. It was possible to determine that there was no match in pain evaluation between the two scales. Abbey Pain Scale allowed to identify a higher prevalence of pain. Through the Observer's scale, 91,5% of the evaluations showed no pain. Through Abbey Pain Scale, 61,8% of the evaluations resulted in no pain detection. It was also possible to understand the relation between some of APS's items and the total value of pain: between Q6 item (physical changes) and the total.

Conclusion: Pain evaluation in patients with neurologic tumors in palliative cares with cognitive impairment is a challenge for the team that provides cares. In this sense, it is important to realize which are the best instruments for better assessing and treating pain. The use of Abbey Pain seems to reveal more sensitiveness for identifying pain in this type of patients.

Keywords: Pain, Palliative Cares, Neurologic tumors; Pain evaluation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
1.1 NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	14
1.2 CONSCIÊNCIA ALTERADA	16
1.3 COMUNICAÇÃO ALTERADA	17
1.4 DOR	18
1.4.1 Avaliação da dor em doentes incapazes de comunicar	18
1.4.2 Abbey Pain Scale	20
2. METODOLOGIA	23
3. QUESTÕES ÉTICAS	25
4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	26
5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO	32
6. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS.....	38
ANEXO 1 – ESCALA ABBEY PAIN SCALE.....	38
ANEXO 2 – ESCALA DO OBSERVADOR	40

LISTA DE SIGLAS

ABS – Abbey Pain Scale

CP – Cuidados Paliativos

INE – Instituto Nacional de Estatística

PNCP- Plano Nacional de Cuidados Paliativos

PENPCDor – Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa é uma realidade conhecida e bem documentada. Segundo o INE (Julho, 2015) o “(...) *aumento da longevidade é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI*”. “(...) *Portugal apresenta no conjunto dos 28 estados membros: o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento.*”

Esta realidade confronta-nos com a existência de doenças cada vez mais comuns entre a população e de que mais pessoas irão sofrer no futuro. Segundo dados da DGS (2015), em 2013, mais de 70% das mortes, em Portugal, são devidas a: Doenças do aparelho circulatório (30%); Tumores malignos (24%); Doenças do aparelho respiratório (12%); Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (5%). Em relação aos números de mortes por tumores malignos em Portugal é possível perceber que os principais tumores são do aparelho respiratório, digestivo e tumores ginecológicos. Os tumores da traqueia, brônquios e pulmões representam 3,7% da mortalidade no país, sendo que os tumores malignos do ânus, recto e cólon representam 3,5%, o da próstata 3,2%, o da mama 1,6%, o do estômago 2,1%, o do pâncreas 1,3%, do ovário (0,6%) e o do colo de útero 0,4%.

Estas doenças ao surgirem numa população cada vez mais envelhecida, exigem uma adaptação dos cuidados de saúde prestados, para que as necessidades da pessoa sejam devidamente atendidas e para que a qualidade de vida, com as condicionantes da doença, seja uma realidade.

Os Cuidados Paliativos têm vindo a afirmar-se, assim, como uma necessidade na nossa sociedade, à qual tem sido atribuída cada vez mais relevância, e aos quais tem sido reconhecida a sua inquestionável importância. Parece-me importante relembrar que “*a questão não é tratar ou não tratar mas sim determinar qual o tratamento mais apropriado em função das perspetivas biológicas do doente e das suas circunstâncias pessoais e sociais.*” TWYXCROSS (2003:26).

Tal como é descrito no PNCP (2008:5), “(...) *a complexidade do sofrimento e a combinação de fatores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida, obrigam a que a sua abordagem (...) seja sempre uma tarefa multidisciplinar, que congrega, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.*”

É crucial então, ter presente os princípios/instrumentos fundamentais em que assentam os Cuidados Paliativos (BARBOSA et. al, 2016:4): Controlo dos sintomas; Comunicação adequada; Apoio à família e Trabalho em equipa. Estes quatro pilares sustentam os cuidados de excelência que são necessários prestar às pessoas com doença progressiva e incurável, sendo claro que exigem uma formação por parte de quem presta estes cuidados e ainda um avanço ao nível da estrutura dos cuidados no nosso sistema de saúde, para que possam estar acessíveis a todos.

Apesar do foco deste trabalho ser nos doentes oncológicos (com neoplasia neurológica), os cuidados paliativos beneficiam pessoas que apresentam as mais variadas doenças, tal como descrito no PNCP (2008:11): *“Os Cuidados Paliativos não são determinados pelo diagnóstico, mas pela situação e necessidades do doente. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de cuidados paliativos organizados são o cancro, a SIDA, algumas doenças cardiovasculares e algumas doenças neurológicas graves e rapidamente progressivas.”*

Pretendo com este trabalho melhorar e facilitar a avaliação da dor em doentes em cuidados paliativos com doença oncológica neurológica que estejam impossibilitados de comunicar, para que o desconforto desta fase final seja minimizado e para que a equipa possa adotar medidas que favoreçam a qualidade de vida. Para tal, pretendo perceber através da recolha de dados e posterior análise, se a Abbey Pain Scale é indicada para este tipo de doentes. O objetivo principal é então: *Avaliar a concordância entre a avaliação da dor com a “Abbey Pain Scale” no doente com neoplasia neurológica em fase de tratamento paliativo com alteração do estado cognitivo e a avaliação **pela escala do observador** num serviço de oncologia médica.*

Assim, tenho como objetivo responder a esta pergunta de investigação:

- ✓ Existe concordância entre a avaliação da dor com a “Abbey Pain Scale” no doente com neoplasia neurológica em fase de tratamento paliativo com alteração do estado cognitivo e a avaliação **pela escala do observador** num serviço de oncologia médica?

1. REVISÃO DA LITERATURA

Para uma melhor compreensão da problemática desenvolveu-se uma revisão da literatura que abrange as neoplasias do sistema nervoso central, consciência alterada, comunicação alterada e dor.

1.1 NEOPLASIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Os tumores cerebrais representam 2% das neoplasias no adulto, sendo que os tumores primários são responsáveis por cerca de 2% das mortes (SÁ *et al.* 2009: 409). Segundo estes autores, são a segunda causa mais comum de neoplasia na criança, “correspondendo a 20% dos tumores malignos diagnosticados antes dos 15 anos de vida”. Ainda segundo estes autores, a idade média de aparecimento é aos 53 anos, sendo que os meduloblastomas e os astrocitomas são mais comuns na infância, e os glioblastomas e os meningiomas mais comuns na idade adulta. Estão identificados alguns fatores de risco como: a história médica, fatores alimentares, radiação ionizante, campos eletromagnéticos, fatores ocupacionais e industriais e fatores genéticos, sendo que o consenso acerca destes fatores de risco ainda não é grande, tendo em conta também os fatores ligados à genética e à biologia molecular do doente.

Os tumores do sistema nervoso central podem classificar-se segundo a OMS em tumores cerebrais primários ou tumores cerebrais metastáticos e carcinomatose meníngea. Os primários subdividem-se em: tumores astrocitários e oligodendrogliais difusos; outros tumores astrocitários; tumores ependimários; tumores do plexo coróideu; meningiomas; tumores mesenquimais; tumores neuro-gliais; tumores da região pineal; tumores embrionários; tumores paravertebrais; tumores melanocíticos; tumores histocitários; tumores das células germinativas; tumores não hipofisários e linfomas primários.

Segundo OTTO *et al* (2000), “*os tumores gliais representam dois terços de todos os tipos de tumores do SNC.*”, e SÁ *et al* acrescentam que os gliomas se dividem em: astrocitomas, oligodendrogliomas e ependimomas e existe uma história familiar de cancro em 16% dos doentes com estes tumores (2009:418).

O glioblastoma, é a neoplasia cerebral com maior prevalência na idade adulta (SOUSA et al: 2002) com uma incidência estimada entre 5 a 10 por 100.000 pessoas (PIMENTEL E FERRO; 2006:218), com uma sobrevida média destes doentes de 50 semanas, após o diagnóstico, se sob terapias convencionais, onde os défices neurológicos se vão agravando com o decorrer da doença e a capacidade funcional do doente, assim como a sua capacidade para expressar a dor, vão diminuindo consideravelmente.

De entre estes tumores, o glioblastoma multiforme (grau IV) é aquele que pior prognóstico e menor esperança de vida apresenta (9-12 meses). (OTTO *et al*;2000:81,85) Os gliomas, constituem a segunda causa de morte por doença neurológica a seguir aos acidentes vasculares cerebrais (PIMENTEL E FERRO; 2006:218).

Sendo o glioblastoma o tumor cerebral primário mais frequente e de elevado grau de malignidade, SÁ *et al* explicam-nos que este tumor pode manifestar-se por infiltração cerebral e efeito de massa e por crises epiléticas, sendo que as cefaleias são o sintoma de apresentação mais frequente e podem estar presentes até 70% dos doentes (2009:420).

Para as neoplasias do SNC, OTTO (2000:75) diz-nos que a cirurgia continua a ser a melhor opção em termos de tratamento a adotar. No entanto, esta solução pode ser complementada por tratamentos de quimioterapia e radioterapia, para além da terapêutica farmacológica como os corticóides e os anticonvulsivantes, para controlo dos sintomas associados à doença (por exemplo: convulsões), que tem manifestações físicas diversas, dependendo do tipo de neoplasia, a sua localização e extensão.

Na realidade do serviço onde a recolha dos dados foi efetuada, faleceram, em 2014, 40 doentes com neoplasias neurológicas. Em 2015, faleceram 23 doentes. E, em 2016, faleceram 24 doentes.

Tendo em conta a gravidade e complexidade destas neoplasias e as suas diferentes manifestações, o doente é submetido a múltiplos tratamentos, que alguns deles, só por si podem deixar sequelas e diminuir a capacidade funcional. A deterioração do estado do doente vai depender de vários fatores, como sejam a idade, o estado funcional prévio ou o tipo de tratamentos que efetuar. Neste contexto, em que existirá uma degradação cognitiva e física do doente, ao longo do processo de doença o acompanhamento e monitorização das suas necessidades e da sua família assumem um papel de extrema relevância.

O contexto de diagnóstico de um tumor cerebral surge na vida dos doentes, como uma alteração brutal à sua vida e da sua família em que o início pode ser muitas vezes incidiioso no caso das crises epiléticas e em que o prognóstico é (glioblastomas por exemplo) devastador.

1.2 CONSCIÊNCIA ALTERADA

Para que seja possível perceber melhor o alcance e o impacto da doença oncológica neurológica nos doentes e famílias, é necessário compreender o funcionamento do nosso SNC. *“A consciência é a capacidade de nos darmos conta de nós próprios, da nossa atividade mental e do ambiente (...), corresponde à representação mental dos objetos e acontecimentos e acompanha-se de uma sensação de que o organismo se encontra nessa atividade.”* (PIMENTEL E FERRO; 2006: 25).

Estes autores distinguem consciência fundamental de consciência extensa, sendo que a primeira é entendida como a noção da vivência do presente e a segunda representa a *“integração desses momentos no eu (...), do eu no tempo histórico do indivíduo e o sentido elaborado que temos do eu”*.

As perturbações da consciência podem ser devido a múltiplas patologias e de etiologias variadas, sendo que estes autores as destringam em: perturbações da consciência com alteração da vigiliade; perturbações da consciência com vigiliade mantida e atenção/ comportamento mínimo alterados; com vigiliade mantida e atenção/comportamento mínimo mantidos e perturbação seletiva da consciência extensa, com manutenção da consciência fundamental (PIMENTEL E FERRO; 2006: 26). A avaliação da consciência é na maioria das vezes avaliada através da escala de coma de Glasgow, em diversas situações como: traumatismos craneo-encefálicos ou pós-operatórios de cirurgias cranianas.

Os doentes com neoplasia neurológica em fase de cuidados paliativos encontram-se com perturbação da consciência com alteração da vigiliade, o que no quadro comportamental vai ter influência na manifestação, avaliação e tratamento da dor, como será explanado no capítulo seguinte. Isto ocorre, porque na fase final da doença, (não necessariamente apenas na fase agónica), a comunicação verbal é inexistente e a comunicação não verbal complicada pelas manifestações neurológicas decorrentes da doença.

A avaliação do estado de consciência é realizada pela equipa, sendo que a equipa de enfermagem tem por base os diagnósticos de enfermagem da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE,2015). A consciência é descrita neste documento como a resposta mental àquilo que é percebido pelos sentidos, sinal de que a mente se mantém desperta para a realidade que rodeia o indivíduo. Este processo estará alterado nos doentes incluídos no estudo.

1.3 COMUNICAÇÃO ALTERADA

A comunicação implica a ativação e a utilização de várias estruturas cerebrais e trata-se de um processo complexo, traduzindo-se num conjunto de sinais com determinados significados que uma pessoa utiliza para comunicar com o outro. A comunicação divide-se, segundo HOEMAN (2008:525), em “discurso expressivo” e em discurso “recetivo”. Este processo, descrito como “*interativo*” na definição atribuída pela CIPE (2015:49), engloba o conjunto de informações verbais e não verbais utilizadas na comunicação direta (quando acontece face a face) ou indireta, sempre que haja recurso a uma mediação tecnológica.

A expressão da dor, tal como a da restante sintomatologia, é essencial para que seja realizada uma correta e rigorosa avaliação e posterior monitorização dos cuidados prestados ao doente para alívio dos seus sintomas. No entanto, tal como refere HOEMAN *et. al* (2008:525), a comunicação não se esgota na linguagem. Estes autores sublinham que é necessário que os indivíduos estejam dotados de uma “*competência cognitiva*” para que os sinais trocados entre eles tenham efeito, para que a comunicação “*possa ser relevante*”.

Nos doentes com neoplasia neurológica em cuidados paliativos existe deterioração dos processos cognitivos. Refira-se que os autores anteriormente referidos definem a cognição como a capacidade de trabalhar sobre a informação que lhes chega, isto é, de absorver os dados recebidos e desenvolver sobre eles um raciocínio, um “*julgamento*”. No conjunto das componentes funcionais da cognição, HOEMAN *et. al* incluem a atenção, a memória, a orientação, o julgamento, o raciocínio, a resolução de problemas e a função executiva. A CIPE (20015:47), por outro lado, define a ideia de cognição como um processo intelectual em que atuam os vários níveis da percepção: do pensamento ao raciocínio, passando pela memória.

Na população em estudo existe um compromisso generalizado das funções cognitivas, que no início da doença podem ser mais discretas, mas que com o decorrer da doença se vão tornando muito extensas, comprometendo a comunicação destes doentes.

1.4 DOR

1.4.1 Avaliação da dor em doentes incapazes de comunicar

No Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor: 2013), esta é descrita como uma perceção individual que se manifesta num cérebro consciente e que, por regra, surge em consequência de um “*estímulo nóxico provocatório*”, mas que nem sempre terá de estar associada a um estímulo. De qualquer modo, a dor assume-se como uma ameaça ao bem-estar físico e psicológico do indivíduo e requer uma abordagem multidisciplinar para a sua resolução.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros (2008), no seu guia orientador da boa prática, sublinha a importancia de um “compromisso” da equipa de saúde para com a abordagem da dor como a via necessária para uma efetiva e eficaz avaliação, um diagnóstico, a prevenção e o seu tratamento. Importa, aqui, sublinhar que a dor nos doentes oncológicos está presente em entre 70-90% destes indivíduos na fase avançada ou terminal da sua doença (RITOO *et al*: 2013). Para que a dor seja corretamente controlada, a sua avaliação torna-se extremamente importante, embora seja particularmente difícil e desafiante nos doentes com alterações cognitivas e em que a comunicação está francamente alterada. Esta dificuldade foi identificada num estudo efetuado em Colónia, em 2000 (RADBRUCH *et al*), numa unidade de Cuidados Paliativos em que 70% dos doentes numa avaliação inicial demonstravam ter dor, mas, devido às alterações cognitivas que apresentavam, apenas uma minoria conseguia utilizar as escalas numéricas habitualmente utilizadas (neste estudo, a BPI- Brief Pain Inventory).

CRUZ *et. al* (2006: 134), referem que a sistematização e registo da dor é fundamental para a correta deteção da queixa do doente, mas também denotam que a debilidade de raciocínio (os autores chamam-lhe “dano”) destes indivíduos tem, por vezes, como consequência uma avaliação deficitária do nível da dor, uma vez que

implica a utilização de outros instrumentos de avaliação e a existência de uma interpretação – que se pode tornar subjetiva – por parte da equipa que presta cuidados.

Em Cuidados Paliativos, como já referido, a correta avaliação da dor é uma prática essencial associada ao apoio psicológico, espiritual, emocional e no luto tanto ao doente como à família, assentes num trabalho em equipa interdisciplinar. A noção de que a equipa que avalia a dor tem um papel de extrema relevância é afirmado pelos mesmos autores, quando se referem à fluidez de comunicação entre os vários profissionais de saúde como um pressuposto necessários no trabalho destas equipas. Se a dor é identificada, mas se depois essa informação não é partilhada entre os vários elementos – ou se, por outro lado, ela é transmitida com pouco rigor ou de forma lenta –, então a intervenção fica “comprometida” na sua eficácia (CRUZ et. al (2006:138).

Existem dois tipos de instrumentos de avaliação da dor: a auto e a hetero-avaliação. Os primeiros são utilizados quando é possível ao doente relatar a sua dor ou indicar o valor visualmente (por exemplo: escala de faces ou escala numérica). No entanto, para os doentes a que o estudo se destina, esta avaliação é impossível de ser realizada. Assim, as escalas de hetero-avaliação surgem como uma alternativa muito útil. BATALHA (2009:37) estabelece uma distinção entre a hetero-avaliação comportamental (verificável nos casos em que sejam usados indicadores comportamentais) e a hetero-avaliação composta (quando se utilizam indicadores comportamentais e fisiológicos).

Vários estudos (BOUVETT: 2002, HJERMSTAD: 2008 e ROMEM: 2015) apontam a dificuldade de avaliação da dor, assim como a necessidade de um consenso na utilização das escalas nos doentes com alterações cognitivas. A maioria das escalas da dor que se existem para o contexto de doentes com alterações cognitivas (algumas validadas para o contexto português) foram elaboradas para a avaliação da dor em doentes, em que a alteração cognitiva é decorrente de demência avançada ou para a população idosa, tal como a PAINAD ou a DOLOPLUS-2, tal como existem ainda escalas para doentes incapazes de comunicar em contexto de cuidados intensivos, que incluem outros fatores como a adaptação ao ventilador, nomeadamente a Behavioral Pain Scale (BPS). Nestas situações há compromisso da comunicação e alterações do estado cognitivo, mas não especificamente para a tipologia de doentes alvo deste estudo, apresentando estes outras particularidades inerentes à doença oncológica e estágio avançado da doença. Uma das escalas de avaliação da dor, recentemente validada para

Portugal (Rodrigues: 2013), é a Abbey Pain Scale, validada no contexto de doentes oncológicos paliativos incapazes de comunicar, que será apresentada no ponto seguinte.

A avaliação da dor nos doentes com neoplasia neurológica em fase de cuidados paliativos é particularmente complexa, tendo em conta as alterações cognitivas decorrentes da doença e dos tratamentos aos quais estes foram submetidos. Esta avaliação está dependente então da hetero-avaliação da equipa, mais particularmente da equipa de enfermagem.

Da correta avaliação da dor pela equipa de enfermagem está dependente a posterior implementação do plano de cuidados de enfermagem e a administração da terapêutica prescrita, tal como a aplicação das diversas medidas de alívio da dor. Este processo pode fazer a diferença na qualidade de vida do doente, visto que a sua dor é avaliada tendo em conta todas as suas particularidades e circunstâncias.

1.4.2 Abbey Pain Scale

A Abbey Pain Scale foi inicialmente desenvolvida para avaliar a dor no contexto das demências e é largamente utilizada para avaliação da dor nestes doentes. Diversos estudos têm surgido, no sentido de comparar as diversas escalas de avaliação da dor em doentes com dificuldade de comunicação ou com alterações do estado cognitivo (GREGORY:2012 e NEVILLE:2013). A Abbey Pain Scale tem apresentado boas qualidades psicométricas e uma boa pontuação, tendo em conta a facilidade de avaliação da dor pela equipa, tal como a sua objetividade. .

RADBRUCH *et. al* realizaram, em 2000, um estudo acerca da influência da alteração do estado cognitivo na avaliação da dor e outros sintomas, numa unidade de cuidados paliativos. Nesse estudo, é referido que as escalas de avaliação da dor e outros sintomas se tornam demasiado extensas e exaustivas para a equipa e para os doentes, devendo ser utilizadas escalas simples e não simplesmente escalas numéricas. Este estudo refere também que as alterações do estado cognitivo estão presentes entre 14-29% dos doentes com cancro .

HJERMSTAD *et. al* (2008) referem que a dor continua a não ser rotineiramente avaliada, e um dos fatores que podem contribuir para este facto poderá ser a extensão e dificuldade de aplicação da maioria das escalas de avaliação da dor. Ainda segundo estes autores, a intensidade é a dimensão mais frequentemente incluída nas diversas escalas. No entanto, apontam, o método ideal para a avaliação da dor em cuidados

paliativos deve estar dotado de algumas características: deve ser objetivo, multidimensional, conciso, mas simultaneamente compreensível e adequado quer ao trabalho clínico quer à investigação (HJERMSTAD *et. al*; 2008:901).

Na sua validação para português, a Abbey Pain Scale, foi considerada válida para a população oncológica em Cuidados Paliativos e incapaz de comunicar. A sua validação para português ocorreu em 2013, pela Enfermeira Alexandra Rodrigues, no IPO de Coimbra e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

A Abbey Pain Scale inclui 6 pontos de avaliação que correspondem a indicadores não-verbais de presença de dor: vocalização, expressão facial, alteração da linguagem corporal, alteração comportamental, alteração fisiológica e alterações físicas. Após a avaliação é realizada a soma de todos os itens da escala, afim de obter o nível de dor do doente:

0-2 pontos- Sem dor

3-7 pontos- Dor ligeira

8-13 pontos-Dor moderada

14-18 pontos- Dor severa

A avaliação deverá ser realizada preferencialmente após os cuidados de higiene ou após os posicionamentos.

A importância da implementação de um método mais específico de avaliação da dor nos doentes com tumores neurológicos em Cuidados Paliativos no serviço onde foi efetuada a recolha de dados é deveras importante, tendo em conta a tipologia de doentes e as suas especificidades e características particulares de manifestação da doença, nas fases suas fases mais avançadas. Sendo que, para os vários estudos publicados e consultados, é unânime que as escalas de avaliação da dor em que é o doente a reportar a sua dor não são suficientes e não devem ser utilizadas isoladamente, mas sim com escalas de observação neste tipo de doenças (em que existe alteração do estado de consciência ou diminuição das alterações do estado cognitivo).

Estes doentes, apesar de poderem apresentar, numa fase mais precoce, défices similares aos doentes com demência (défices de memória ou incapacidade para realizar algumas tarefas), a aplicabilidade das escalas definidas para estes doentes (já descritas acima) não se tem mostrado adequada. Isto porque, num contexto de enfermaria oncológica, a avaliação deverá ser mais sucinta e objetiva possível, tal como deve ser

adaptada às especificidades do doente oncológico, mais propriamente com doença neurológica avançada. Esta necessidade de aplicação de uma escala precisa e objetiva aumenta, se pensarmos que estes doentes são muitas vezes internados no contexto das últimas semanas ou dias de vida, para controlo de sintomas tais como dor, dispneia ou crises convulsivas.

2. METODOLOGIA

Esta investigação, sendo quantitativa, tem uma questão que “(...) *pressupõe um exame e uma verificação das relações entre os conceitos ou uma verificação das diferenças entre grupos (...)*” (FORTIN,2009:30). Sendo este estudo observacional e transversal, pretendeu-se que medisse a dor através das duas escalas num determinado momento em que esta avaliação já é habitualmente realizada.

Para a realização deste trabalho foi necessária a seleção dos doentes que participaram neste estudo segundo o seu diagnóstico, tendo sido incluídos todos os doentes com tumores do sistema nervoso central, em fase de tratamento paliativo (descrito pela equipa médica) e que estivessem impossibilitados, pela alteração do estado cognitivo, de expressarem a sua dor, devido ao agravamento do seu estado neurológico. FORTIN (2009:30), sublinha que os sujeitos alvo de um estudo deste âmbito têm de ser selecionados tendo por base “*critérios precisos.*” A amostra, é, assim, não probabilística accidental, tendo em conta que foi selecionada já com conhecimento prévio das suas características específicas que interessavam para o estudo.

As variáveis intervenientes foram, portanto:

- ✓ Variáveis de caracterização sociodemográfica: idade e género
- ✓ Variáveis de caracterização clínica: diagnóstico; estadiamento e tempo de evolução clínica.
- ✓ Scores da Abbey Pain Scale e das escalas normalmente utilizadas.

Pretendeu-se neste estudo, que a observação fosse estruturada para que a influência do observador fosse reduzida, existindo um guia de recolha de dados (escalas) uniformizadas (VILELAS 2009:271), diminuindo assim a probabilidade do estudo assumir a subjetividade de quem avalia a dor.

A estes doentes foi aplicada a escala habitual utilizada no serviço pelo enfermeiro que estava a prestar cuidados ao doente nesse turno (escala do observador). Simultaneamente, outro enfermeiro aplicava a Abbey Pain Scale. Deste modo as duas avaliações ocorreram no mesmo momento, não existindo comunicação dos resultados entre os observadores, para redução dos enviesamentos.

Na análise dos dados a escala do observador foi reduzida para 5 itens, sendo que o item “parece sem dor” e o item “parece confortável com o movimento” foram assumidos como sem dor para fazer a correlação estatística com a APS.

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman, por se tratarem de variáveis ordinais, interpretando-se os resultados obtidos de acordo com o quadro seguinte:

Quadro 1-Interpretação dos valores do Rho de Spearman

RESULTADO Rs	INTERPRETAÇÃO
$rs \leq 0.19 $	Correlação muito baixa
$0.2 \leq rs \leq 0.39 $	Correlação baixa
$0.4 \leq rs \leq 0.69 $	Correlação moderada
$0.7 \leq rs \leq 0.89 $	Correlação alta
$rs > 0.89 $	Correlação muito alta

Para análise da concordância dos resultados foi utilizado o valor de kappa, que segundo GAGEIRO E PESTANA (2005), denota:

- ✓ Se $< 0,4$: fraca concordância
- ✓ Se $\geq 0,4$ e $< 0,75$: concordância suficiente a boa
- ✓ Se $\geq 0,75$: excelente concordância

Após a recolha de todas as avaliações, pretendeu-se perceber se existe concordância entre as escalas, no sentido de melhorar a avaliação da dor a estes doentes. A análise dos resultados foi efetuada através do programa informático SPSS.

3. QUESTÕES ÉTICAS

A Abbey Pain Scale foi aplicada, tal como referido anteriormente, a doentes em que o estado neurológico estava deteriorado devido ao estado avançado da doença. Assim, foi necessário obter um consentimento por parte da família ou de uma pessoa que estivesse responsável pelos cuidados de saúde destas pessoas, tal como está descrito na declaração de Helsínquia. Foi explicado aos familiares, pelo investigador, o objetivo do estudo, tal como a forma de aplicação da escala.

A aplicação desta escala não interferiu com o normal funcionamento dos cuidados prestados aos doentes, visto que foi também aplicada a escala habitual de avaliação da dor (escala do observador). Neste sentido, a avaliação da dor, assim como o seu tratamento, não ficaram comprometidos com este procedimento, e foi salvaguardada também a privacidade dos dados pessoais do doente, no sentido em que foi atribuído apenas um código a cada doente para se poder contabilizar as avaliações da dor. Interessou, apenas, o diagnóstico do doente, a fase da doença em que se encontrava (cuidados paliativos) e o facto de existir alteração do estado cognitivo que não permitisse a utilização de outras escalas. Os cuidados foram assim, prestados tendo por base apenas a avaliação pela escala atualmente atualizada.

4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A colheita de dados foi efetuada tendo em conta alguns critérios (variáveis), já expostos anteriormente. As escalas foram aplicadas a 8 doentes, 6 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com idades que variaram entre os 22 e 75 anos de idade (mediana de 32,5 anos). Destes doentes, 6 tinham como diagnóstico glioblastoma, um linfoma primário do SNC e o outro um oligodendroglioma. Todos eles apresentavam com data do diagnóstico, o início de 2017.

No total foram realizadas 47 avaliações: 23 avaliações no doente A; 3 avaliações no doente B; 6 avaliações no doente C; 1 avaliação no doente D; 10 avaliações no doente E e 4 avaliações no doente F.

Quanto aos resultados obtidos, constatámos que através da escala do observador 91.5% dos doentes foram classificados como “sem dor”, sendo os restantes classificados com “parecendo confortáveis com o movimento” (Tabela 2) enquanto que através da Abbey Pain Scale apenas 68,1% foi classificado “sem dor” sendo os restantes 31,9% classificados como com “dor ligeira”. (tabela 3).

Tabela 2-Classificação da dor segundo a Escala do Observador (n=47)

Classificação	N.º	%
Parece sem dor	43	91,5
Parece confortável com o movimento	4	8,5
Total	47	100,0

Tabela 3-Classificação da dor segundo a Abbey Pain Scale (n=47)

Classificação	N.º	%
Sem dor	32	68,1
Dor ligeira	15	31,9
Total	47	100,0

Pelo facto de em 31,9% das avaliações ter sido detetada dor nestes doentes através Abbey Pain Scale, pode levar-nos a concluir, em comparação com a escala do observador, que em algumas situações a dor esteve sub diagnosticada. Isto pode acontecer porque a avaliação com uma escala apenas com estes parâmetros se pode tornar limitante para a complexidade da situação de final de vida destes doentes. No final de vida os doentes com tumores neurológicos, apresentam sintomatologia múltipla, como convulsões ou alterações graves do padrão respiratório. Estas alterações, principalmente as alterações neurológicas aumentam a complexidade da avaliação da dor pelo enfermeiro. SIZZO *et al* (2010) examinaram os processos de 55 doentes com gliomas de alto grau no sentido de perceberem os sintomas mais comuns e chegaram à conclusão de que estes são: défices neurológicos progressivos, incontinência e cefaleias. Estes autores referem ainda que numa fase final de vida, os restantes sintomas são semelhantes a doentes com outro tipo de patologia oncológica.

Pela complexidade destes tumores e dos sintomas que os doentes apresentam SUSAN *et al* (2015) da Universidade da Califórnia (São Francisco), criaram um manual de cuidados aos doentes em fim de vida com tumores neurológicos. Para estes autores, o percurso de final de vida tende a ser diferente dos restantes doentes com doenças oncológicas porque a manifestação dos sintomas é consequência da localização do tumor e do efeito de massa que provocar. Neste sentido é referido que os sintomas mais comuns são: sonolência; cefaleias; alterações cognitivas e da personalidade, comunicação pobre; convulsões; delirium; disfagia e sintomas neurológicos focais.

Tal como podemos constatar na nossa pratica diária SUSAN *et al* (2015) salientam que nas ultimas semanas de vida estes sintomas apresentam uma maior intensidade.

Por outro lado, a mediana obtida através da avaliação pela escala do observador foi a classificação de “sem dor” enquanto através da Abbey Pain Scale foi “dor ligeira”. Também quanto aos valores máximos, este foi de “confortável com o movimento” na escala do observador e de “dor ligeira” na Abbey Pain Scale. Em alguns dos itens da Abbey Pain Scale, nomeadamente o item Q4 (alteração comportamental) obteve-se um quartil 3 “moderado” e um máximo de “severo” e no item Q5 (alteração fisiológica) o valor máximo de “severo”.(Tabela 4). A maior percentagem de doentes incluídos no estudo tinha como diagnóstico glioblastoma e, segundo SÁ *et al* (2009), estes tumores provocam défices neurológicos e epilepsia pela invasão ou compressão das estruturas, o

que pode condicionar numa fase de final de vida, a avaliação do item Q4 (alteração comportamental) e deverá ser tido em conta.

Ao analisar os dados relativos aos itens específicos da APS, é possível perceber que em alguns deles (Q2,Q3,Q4,Q5,Q6) existiram avaliações que oscilaram entre “ligeiro” e “severo”, correspondendo a cada avaliação presente no item. Nestas avaliações existiram, portanto, Expressão facial (Q2); Alteração da linguagem corporal (Q3); Alteração comportamental (Q4); Alterações fisiológicas (Q5) e Alterações físicas (Q6), que os enfermeiros consideraram influenciar a dor do doente.

Tabela 4-Estatística descritiva das avaliações (n=47)

Medida	Escala do Observador	Abbey Pain Scale						
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Total
Mediana	Sem dor	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ligeiro	Dor ligeira
Mínimo	Sem dor	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Sem dor
Máximo	Confortável com o movimento	Ausente	Ligeiro	Ligeiro	Moderado	Severo	Severo	Dor moderada
Quartil 1	Sem dor	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Sem dor
Quartil 3	Sem dor	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Moderado	Ligeiro	Dor moderada

Analisando as diversas correlações possíveis, constatámos que se obtêm correlações positivas, estatisticamente significativas entre os itens Q3 (Alteração da linguagem corporal) e Q4 (Alteração comportamental) da APS, entre o item Q4 (alteração comportamental), Q5 (alterações fisiológicas) e Q6 (alterações físicas) da APS com o Score total da mesma escala. Observa-se correlação negativa, estatisticamente significativa entre os itens Q2 (Expressão facial) e Q6 (Alterações

físicas) da APS (Tabela 5). Este dado pode resultar da recomendação de MULLIE e colegas (2008) que após, aplicarem a APS e a PAINAD a 157 doentes, concluíram que o instrumento de avaliação da dor para pessoas com alterações cognitivas deveria conter obrigatoriamente três itens: expressão facial, vocalização e linguagem corporal.

Tabela 5-Correlações estatisticamente significativas (Coeficiente de Spearman)

Correlação	r_s	p
APS 2 vs APS 6	-0,310	0,034
APS 3 vs APS 4	0,494	<0,001
APS4 vs APS total	0,389	0,007
APS 5 vs APS total	0,845	<0,001
APS 6 vs APS total	0,634	<0,001

Analisando a concordância, entre as duas avaliações, obtivemos um K de Cohen de 0, o que denota uma fraca, ou melhor ausência de concordância (Tabela 6).

		Abbey Pain Scale		
Observador	Avaliação	Sem dor	Dor Ligeira	Total
	Sem dor	32	15	47
	Dor ligeira	0	0	0
	Total	32	15	47

A aplicação destas escalas e a posterior análise dos dados permitiu perceber a maior sensibilidade da APS, isto porque com a escala do observador a totalidade das observações foram “sem dor” ou “parece confortável com o movimento”, o que na globalidade revela que o doente se encontra confortável. As duas não são similares na avaliação da dor, pelo que, podemos concluir que a APS nos permite uma avaliação mais pormenorizada da dor, visto que avalia aspetos mais concretos do estado presente

do doente. Este facto pode favorecer a avaliação da dor por parte do enfermeiro, no sentido em que mais aspetos são tidos em conta na sua avaliação.

O ítem 4 (Alteração comportamental) da APS refere-se às alterações comportamentais, que foram classificadas como moderadas em alguns doentes. No entanto, este valor deverá ser analisado tendo em conta que estes doentes têm alterações neurológicas decorrentes do estadio avançado da doença e podem nem sempre representar desconforto, mas que devem, no entanto, ser tidas em conta, tal como já referido anteriormente.

O último ítem da APS, por exemplo, em que existe uma avaliação como “severa”, remete-nos para a existência de lesões cutâneas ou contraturas que muitas vezes estão presentes no final da vida destes doentes, pela imobilização e o deficiente estado nutricional.

Tal como descreve BATALHA (2016), a dor depende de muitos fatores e a sua avaliação deverá ser realizada tendo em conta os seguintes aspetos: *“Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados); Fatores de alívio e de agravamento; Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas; Formas de comunicar/expressar a dor; Experiências anteriores traumatizantes e medos; Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde ; Efeitos da dor na vida diária e Impacto emocional e socioeconómico(...)”*.

Na nossa avaliação como enfermeiros num serviço de medicina, estes aspetos são de grande relevância tendo em conta que existe uma avaliação dos doentes desde o momento do diagnóstico até à fase final da sua vida, o que nos permite, também, um conhecimento mais alargado acerca da história da sua dor e fatores que possam ser desencadeantes (por exemplo, histórias familiares complexas). Esta avaliação ao longo do “percurso” da doença permite que os enfermeiros tenham um conhecimento próximo e abrangente da pessoa, dos seus gostos, da sua posição de conforto, por exemplo. Nesta fase de final de vida, em que o doente não pode comunicar a sua dor, todos os indicadores são relevantes para que a avaliação seja o mais fidedigna possível e para que a intervenção dela decorrente seja o mais individualizada possível.

Os enfermeiros que aplicaram a APS revelaram que, apesar de mais extensa que a do observador (embora o tempo de aplicação não tenha excedido os 2 minutos), esta

escala permite fazer uma avaliação completa e detalhada do doente. Como limitação, os enfermeiros referiram, por exemplo, o facto do ponto Q5 (alterações fisiológicas) poder suscitar algumas dúvidas, no sentido em que os doentes com tumores neurológicos em Cuidados Paliativos apresentam frequentemente sudorese intensa, nem sempre associada a desconforto ou hipertermia. Ainda assim, os enfermeiros que aplicaram ambas as escalas referiram que a escala do observador se torna menos concreta e mais subjetiva, comparando com a APS.

5. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Podemos considerar como limitação do estudo, o número de doentes a que as escalas foram aplicadas e consequente número de observações, tendo em conta que as 47 avaliações foram realizadas em apenas 8 doentes. Para estudos futuros, seria interessante realizar a aplicação destas duas escalas em mais doentes e realizar mais avaliações. A aplicação da Abbey Pain Scale, deverá ser precedida de uma formação e o enfermeiro que a aplica deverá estar esclarecido acerca dos itens que a compõe. Neste estudo, vários enfermeiros demonstraram dúvidas após a primeira avaliação porque se tratava de uma escala que não utilizavam habitualmente.

6. CONCLUSÃO

A realização deste trabalho atingiu o objetivo inicialmente proposto, que consistia em analisar o grau de concordância entre a Abbey Pain Scale e a escala do observador. Através da aplicação de ambas as escalas e posterior análise dos dados podemos concluir que não existe concordância entre a avaliação da dor com estas duas escalas.

Podemos também concluir, como já referido que a APS se torna mais sensível na avaliação da dor, o que poderá proporcionar a melhoria dos cuidados a doentes com estas características, permitindo tratá-la convenientemente no sentido de diminuir o desconforto do doente.

Apesar do objectivo principal deste trabalho ter sido atingido, penso ser de extrema importância a continuação do estudo, com mais doentes e com diferentes níveis de dor para melhor aferição das capacidades de sinalização e avaliação da dor da APS e da procura dos melhores instrumentos de avaliação da dor nestes doentes, principalmente pelo fato de eles próprios não a conseguirem exprimir e pela complexidade das suas situações clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABBEY, Jenny (2007) – Putting pain scales to the test: Focus, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Acedido a 19/6/2015
2. BATALHA, L,M,C(2016)- Avaliação da dor-Manual de estudo versão I. Coimbra 2016 disponível em <https://repositorio.esenfc.pt>.
3. BARBOSA, António et. al (2016)- *Manual de Cuidados Paliativos*.Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.
4. CRUZ, Diná de Almeida, L.,M et. al (2016)- *Dor e Cuidados Paliativos- Enfermagem*, Medicina e Psicologia.Brasil, Editora Manole Ltda
5. Direcção geral de saúde (2013)- *Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor)*, Disponível em www.dgs.com
6. Direcção geral de Saúde (2015)- *A saúde dos Portugueses- perspectiva 2015-* Disponível em www.dgs.com. Acedido a 7/9/2016
7. Direcção geral de saúde- *Programa Nacional de Cuidados Paliativos- Proposta de revisão do Programa Nacional de Cuidados (2008-2016)*- Disponível em www.dgs.com. Acedido em 24/8/2016
8. FERRELL, Betty and all (2015) - *Managing Pain From Advanced Cancer in the Palliative Care Setting*. Oncology Nursing Society. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18676325>. Acedido a 3/9/2016.
9. FERRO, José; PIMENTEL, José (2006)- *Neurologia- Princípios, Diagnóstico e Tratamento*.Lisboa, LIDEL.
10. FORTIN, M. Fabienne (1996)- *O processo de investigação- Da conceptualização à realização* – Lisboa: Lusociência.
11. FORTIN, M. Fabienne (2009) - *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures. Lusididata.
12. GREGORY, Julie (2012) - *How can we assess pain in people who have difficulty communicating? A practice development project identifying a pain assessment tools for acute care*, Internacional Practice Development journal. Disponível em <http://www.fons.org/library/journal/volume2-issue2/article6>. Acedido em 23/9/2016.

13. HJERMSTAD, MJ (2008) – *Pain assessment tools in palliative care: an urgent need for consensus: Palliative Medicine*, volume 22,(895-903), disponível em <http://pmj.sagepub.com/content/22/8/895.abstract> Acedido a 26/6/2015
14. HOEMAN, P. Shirley, PHD,MPH,RN,CS (2008)- *Enfermagem de Reabilitação- Prevenção, intervenção e resultados esperados*. Loures, Lusodidata, P. 525,551..
15. LERSEL van Trudie; TIMMERMAN Denise and MULLIE Arsene (2006) – *Introduction of a pain scale for palliative care patients with cognitive impairment. International Journal of Palliative Nursing*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16603993>. Acedido a 24/7/2016
16. MCKENZIE, Karen; SMITH Marion and PURCELL Ann-Marie (2012) - *The reported expression of pain and distress by people with an intellectual disability. Journal of Clinical Nursing*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22957760> .Acedido em 25/8/2016.
17. NEVILLE, Christine; OSTINI, Remo (2013)- *A Psychometric Evaluation of Three Pain Rating Scales for People with Moderate to Severe Dementia*, American Society for Pain Management Nursing, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144573> . Acedido a 23/9/2016.
18. Ordem dos Enfermeiros- *Classificação internacional para a prática de enfermagem-versão 2015*- Lisboa, 2016, Lusodidata. P. 46,48,49.
19. Ordem dos E nfermeiros-*Avaliação e estimulação do doente com alteração do estado de consciência*- Setembro 2015 disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoente_ComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf- consultado em 29/8/2017
20. Ordem dos Enfermeiros– *Dor – Guia Orientador de Boa Prática*. 2008 Disponível em www.ordemenfermeiros.pt Acedido a 12/9/2016
21. Organização Mundial de Saúde (2014).Cuidados Paliativos. Acedido em www.apcp.pt em Setembro 2017.
22. OTTO, Shirley E.; et al (2000)- *Enfermagem em oncologia*.Loures, Lusociência, 2000,P. 69- 70.
23. PASSMORE Peter and CUNNINGHAM Emma (2014) - *Pain Assessment in Cognitive Impairment*. Journal of Pain & Palliative Care. Disponível em

- <http://emedicine.medscape.com/article/2113960-overview>. Acedido em 20/9/2016.
24. RADBRUCH, Lukas (2000) – *Cognitive impairment and its influence on pain and symptom assessment in a palliative care unit: development of a Minimal Documentation System*: Palliative Medicine, volume 14, 266-276, disponível em <http://pmj.sagepub.com/content/14/4/266.abstract>. Acedido em 23/9/2016
25. RITTO, Cristina; et al (2013) – *Manual de dor Crónica* – Lisboa, Fundação Grunenthal.
26. RODRIGUES, Alexandra, J.S.S (2013) – Tese de mestrado- *Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar* – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
27. ROMEN et al (2015) – *Pain management at the end of life: a comparative study of cancer, dementia, and chronic obstructive pulmonary disease patients*, volume 29, 464-469, disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Acedido em 28/12/2015
28. VILELAS, José (2009) – *Investigação-O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa, 2009. P.271 Edições Sílabo. I
29. SÁ, Maria José (2016)- *Neurologia clínica, compreender as doenças neurológicas*-Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.
- 30.SCHERDER, Erik J.A and PLOOIJ Bart (2012)- *Assessment and Management of Pain, with Particular Emphasis on Central Neuropathic Pain, in moderate to Severe Dementia*. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23018606>. Acedido a 15/9/2016.
31. SIZOO Eefje M. et al (2010) - *Symptoms and problems in the end-of-life phase of high-grade glioma patients - neuro-oncology* volume 12, disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3098016> Acedido em 20/9/2017
32. Sousa et al (2002) – *Glioblastoma multiforme- com apresentação multifocal*. Acta Médica Portuguesa, disponível em www.actamedicaportuguesa.com
Acedido em 29/9/2016.
33. SUSAN Chang M. et al (2015) –*End-of-life Care for Brain tumor patients*, disponível em

https://www.ucsfhealth.org/pdf/brain_tumor_patients_for_healthcare_providers.pdf Acedido em 22/9/2017

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA ABBEY PAIN SCALE

Enfermeiro: _____

N.º de doente: _____

Cama: _____

Data e turno: _____

Q1.	Vocalização p. ex.: geme, chora, choraminga				Q1.	
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		
Q2.	Expressão facial p. ex.: apresenta expressão tensa, franze a testa, faz esgares, parece assustado/a				Q2.	
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		
Q3.	Alteração da linguagem corporal p. ex.: agitação, balança-se, protege uma parte do corpo, isola-se				Q3.	
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		
Q4.	Alteração comportamental p. ex.: mais confuso, recusa-se a comer, apresenta alteração nos padrões habituais				Q4.	
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		
Q5.	Alteração fisiológica p. ex.: temperatura, ritmo cardíaco ou tensão arterial fora				Q5.	

	dos limites normais, transpiração, rubor ou palidez					
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		
Q6.	Alterações físicas p. ex.: lacerações da pele, zonas de pressão, artrite, contraturas, lesões anteriores				Q6.	
	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Severa 3		

Some as pontuações das Questões 1 a 6 e registe aqui,	VALOR TOTAL DE DOR	
---	--------------------	--

(Rodrigues, 2013)

ANEXO 2 – ESCALA DO OBSERVADOR

Observador (escolher categoria)				
Parece sem dor	Parece confortável com movimento	Parece desconfortável	Parece sofredor consolável	Parece sofredor inconsolável

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DIRECTOR SERVIÇO